FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1887-88 N° 38

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PNEUMONIES

au cours de certaines constitutions médicales saisonnières

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 13 FÉVRIER 1888

PAR

Louis-Gustave-Marie KÉRÉBEL

MÉDECIN DE LA MARINE

Né à Brest (Finistère), le 8 septembre 1862

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. BOUCHARD,	professeur,	*président.*
DUPUY,	professeur,	*juges.*
DENUCÉ,	agrégé,	
DUBREUILH,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX

Imprimerie Vve Cadoret

17 — RUE MONTMÉJAN — 17

1888

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1887-88 N° 38

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PNEUMONIES

au cours de certaines constitutions médicales saisonnières

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 13 FÉVRIER 1888

PAR

Louis-Gustave-Marie KÉRÉBEL

MÉDECIN DE LA MARINE

Né à Brest (Finistère), le 8 septembre 1862

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. BOUCHARD,	professeur,	*président.*
DUPUY,	professeur,	*juges.*
DENUCÉ,	agrégé,	
DUBREUILH,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX

Imprimerie Vve Cadoret

17 — RUE MONTMÉJAN — 17

1888

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. | M. DENUCÉ... Doyen honoraire.

PROFESSEURS :

MM. DENUCÉ..... } Professeurs honoraires.
MICÉ.....

Anatomie	MM. BOUCHARD.
Physiologie	ORÉ.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Pathologie interne	DUPUY
Pathologie externe	AZAM.
Anatomie pathologique	COYNE.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Médecine opératoire	MASSE.
Pharmacie	FIGUIER
Thérapeutique	DE FLEURY.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Matière médicale	PERRENS.
Clinique médicale	PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	ARNOZAN. RONDOT. ARTIGALAS. MOUSSOUS. DUBREUILH.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	BOURSIER. PIECHAUD. LAGRANGE. POUSSON.
Accouchements	DENUCÉ. LEFOUR.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie. MM. PLANTEAU. FERRÉ. | Histoire naturelle..... M. NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	MM. BERGONIE.
Chimie et Toxicologie	DENIGÈS.
Pharmacie	CARLES.

CLINIQUES ANNEXES

Clin. méd. des enfants. MM. NÉGRIÉ. | Maladies vénériennes.... MM. VENOT.
Clin. chir. des enfants. PIÉCHAUD | Maladies mentales..... N.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements..... M. LEFOUR, agrégé. | Chimie..... M. CARLES, agrégé.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propre à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON FRÈRE, MONSIEUR V. KÉRÉBEL

Pharmacien de 2e classe de la Marine.

A MONSIEUR LE DOCTEUR FOLL

Médecin de 1re classe de la Marine en retraite, Chevalier de la Légion d'honneur.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549603_0021

A mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE DOCTEUR BOUCHARD

Professeur d'Anatomie à la Faculté de Médecine de Bordeaux, Chevalier de la Légion d'honneur, Officier de l'Instruction publique.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CORRE

Médecin de 1re classe de la Marine, Chevalier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

La Pneumonie est une affection sur laquelle un grand nombre de recherches ont été faites, un grand nombre d'écrits publiés et cependant il est de toute évidence que le dernier mot est loin d'avoir été dit sur cette maladie.

Les lésions anatomiques ont pu être fréquemment observées et sont partant bien connues de nos jours. Les causes de la maladie commencent au contraire à apparaître plus complexes que ne le supposait l'ancienne étiologie.

Pendant des siècles, on n'a admis comme cause de la Pneumonie que le grand agent des congestions et des inflammations, le froid; il a fallu arriver jusqu'à ces dernières années pour voir les causes de la Pneumonie considérées comme plus complexes, car c'est à peine si des esprits observateurs, tels que Laennec et Grisolle, avaient entrevu la Pneumonie comme pouvant être la manifestation d'une maladie générale.

Dans ces dernières années, de grands progrès ont été faits; non seulement on a admis la Pneumonie comme manifestation d'un état général infectieux, mais des faits probants sont venus démontrer que la maladie pouvait être dans certains cas contagieuse ainsi que le démontrent des observations de membres d'une même famille atteints successivement de Pneumonie.

Si l'étiologie de la Pneumonie a fait de sensibles progrès, la symptomatologie mieux observée a démontré que fort souvent les signes locaux étaient très différents de ceux décrits dans nombre d'auteurs classiques.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PNEUMONIES

au cours de certaines constitutions médicales saisonnières

PLAN

Nous commencerons par présenter cinq observations recueillies aux salles 10 et 15 de l'hôpital maritime de Brest, avec un numéro d'ordre, en faisant suivre chacune d'elles d'un court abrégé des principales particularités qu'a présentées l'observation.

Nous ferons remarquer ensuite dans deux chapitres distincts :

1° La difficulté de distinguer la part de l'infection générale dans la maladie ;

2° La difficulté d'interpréter d'une façon précise les symptômes fournis par l'exploration de l'appareil respiratoire.

Nous terminerons en montrant par quel enchaînement les lésions observées peuvent devenir l'origine de Pneumonies connues sous le nom de Pneumonies paradoxales.

Nous avons jugé utile de relater d'une façon complète et pour ainsi dire jour par jour, les symptômes qu'ont présentés

les malades, car c'est ainsi seulement qu'on peut suivre d'une façon précise l'évolution d'une maladie.

Quant au traitement, nous l'avons omis à dessein, car il n'a dans la plupart des cas présenté rien pouvant intéresser spécialement et n'était d'aucune utilité aux idées que nous avons cherché à développer dans notre thèse.

OBSERVATION I

Emile B..., gabier à bord du vaisseau-école la *Bretagne*, âgé de 22 ans.

Entre à l'hôpital le 30 janvier 1888. T. S. : 40,6. Gêne prononcée de la respiration, douleur vive à la base de l'hémi-thorax gauche, principalement pendant les mouvements d'inspiration et d'expiration.

Matité dans le tiers inférieur du poumon gauche en arrière, mais principalement accentuée à l'extrême base. Souffle tubaire dans les deux tiers inférieurs, diminution des vibrations thoraciques. Peu de toux, expectoration de crachats gommeux rouillés.

Langue saburale; pas de selles depuis la veille, insomnie la nuit précédente.

21 janvier. T. M. : 39,7. T. S. : 39,7.

Un peu de repos cette nuit, peu de toux, expectoration très peu abondante de crachats rouillés. En arrière, dans les deux tiers inférieurs, souffle à l'inspiration ayant une intensité considérable à l'extrême base du poumon. Langue humide, une selle.

22 janvier. T. M. : 39,6. T. S. : 39,4.

Un peu d'oppression; crachats médiocrement visqueux mais teintés, toujours du souffle. Céphalalgie intense, langue saburale. Deux selles liquides dans les 24 heures.

23 janvier. T. M. : 39,7. T. S. : 39,4.

Pas de sommeil, rêves, céphalalgie intense. Langue saburale. Deux selles liquides dans les 24 heures. Pas de toux, crachats rares, épais, mais peu teintés. Souffle tubaire accompagné de râles sous-crépitants qu'on entend surtout à l'inspiration à la partie moyenne du poumon gauche. Oppression. Rien de particulier à signaler du côté de l'abdomen.

24 janvier. T. M. : 39,8. T. S. : 39,6.

Crachats très rares, moins épais et légèrement teintés. Oppression persistante bien qu'un peu diminuée. Mêmes signes à l'auscultation, sauf quelques râles humides fins à droite.

Langue sèche. 3 selles dans les 24 heures. Céphalalgie un peu moins intense.

25 janvier. T. M. : 39,4. T. S. 37.

Langue belle, ventre un peu ballonné, pas de selles. Matité à la base du poumon gauche, toujours de la diminution des vibrations thoraciques; râles humides presque sous-crépitants.

Expectoration de crachats parfois nettement bronchiques, parfois légèrement teintés.

A la visite du soir, la défervescence est complète et la température se maintient à la normale jusqu'à complète guérison du malade.

Particularités de l'Observation I. — Symptômes typhoïques incomplets.

Oppression, expectoration très rare de crachats parfois nettement pneumoniques, mais parfois aussi présentant l'aspect de crachats bronchiques légèrement teintés ou même sans aucune coloration.

Diminution des vibrations thoraciques.

Défervescense brusque, normale, de la Pneumonie lobaire.

OBSERVATION II

Mathurin C..., soldat au 19e régiment de ligne.

Entre à l'hôpital le 18 janvier 1888. T. S. : 40,7.

Malade depuis 4 jours. Facies coloré, yeux brillants et un peu injectés. Langue rouge et sèche, pas de ballonnement du ventre, un peu de douleur à la pression dans la fosse iliaque droite. Une selle dans les 24 heures.

Le malade se plaint de gêne de la respiration. Un peu de toux, mais pas d'expectoration. Respiration obscure avec fines crépitations vers l'angle inférieur de l'omoplate à droite. A gauche, râles humides fins disséminés.

19 janvier. T. M. : 40,5. T. S. : 40,4.

Céphalalgie et abattement, un peu de sommeil cette nuit; gargouillement dans la fosse iliaque droite.

Râles humides sous-crépitants disséminés dans toute l'étendue du poumon gauche sans la matité pneumonique habituelle.

Pas d'albumine dans les urines.

20 janvier. T. M. : 39,8. T. S. : 40,1.

Nuit assez bonne, 3 selles liquides dans les 24 heures; langue rouge, tendance à la sécheresse dans la partie moyenne; quelques gargouillements dans la fosse iliaque droite; un peu de douleur à la pression. Pas de taches rosées, céphalalgie.

Il n'y a pas de différence très notable de sonorité entre les deux poumons; toutefois, le son est un peu plus net à la base gauche.

Pas de souffle, râles humides sous-crépitants; expectoration rappelant vaguement la teinte de l'expectoration pneumonique.

21 janvier. T. M. : 39,8. T. S. : 37,3.

Le malade tousse et crache peu. Toujours les mêmes râles humides à gauche. Moins d'abattement.

Défervescence dans la journée.

22 janvier. T. M. : 37,4. T. S. : 37,4.

Particularités de l'Observation II. — État typhoïque très accentué paraissant dominer toute la scène.

Lésions pulmonaires bornées au poumon gauche paraissant tenir à de la broncho-pneumonie.

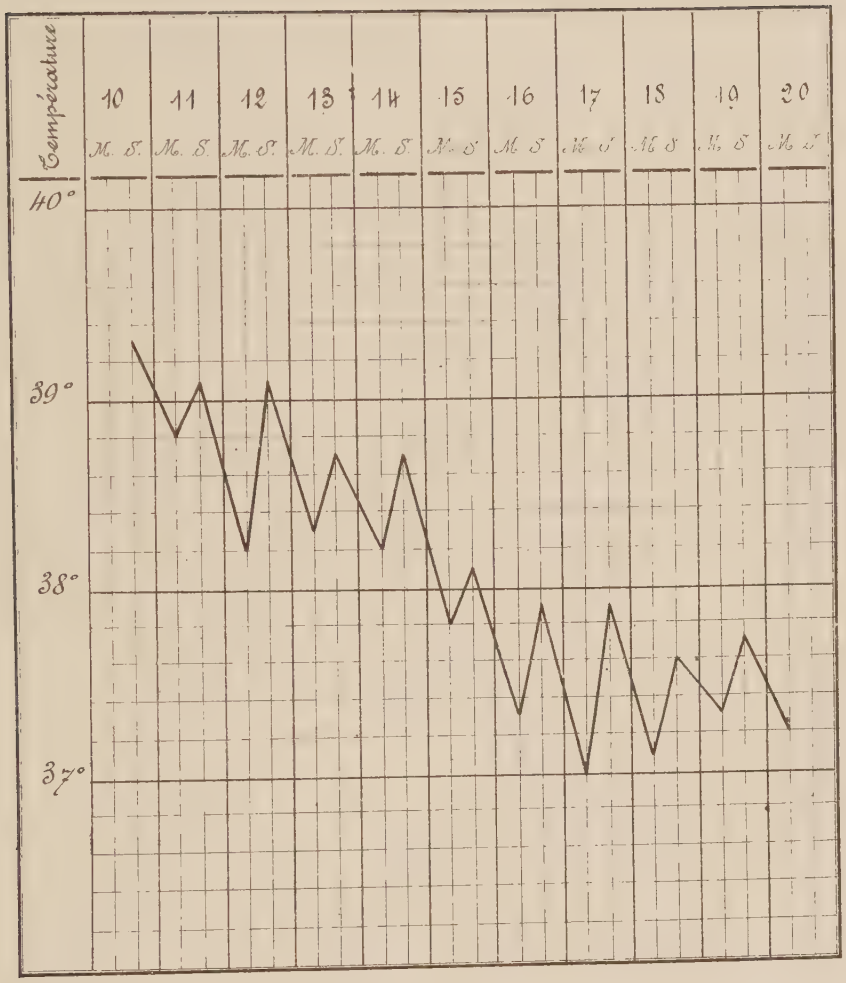
Expectoration très rare rappelant la teinte pneumonique.

Défervescence au 9^{me} jour, brusque, comme dans la pneumonie franche.

OBSERVATION III

Le nommé P....., âgé de 20 ans, apprenti gabier à bord du vaisseau-école la *Bretagne,* entre à l'hôpital.

11 janvier 1888. T. M. : 38,8. T. S. : 39,1.


Température
10 M. S.
11 M. S.
12 M. S.
13 M. S.
14 M. S.
15 M. S.
16 M. S.
17 M. S.
18 M. S.
19 M. S.
20 M. S.
40°
39°
38°
37°

Malade depuis 10 jours. Au début, point de côté accompagné de frissons. Fièvre peu intense au début, au dire du malade, jusqu'au jour de son entrée à l'hôpital.

Le malade s'est aperçu pour la première fois que ses crachats étaient teintés de sang, au cinquième jour de sa maladie.

Pas de différence à l'inspection entre l'hémi-thorax droit et l'hémi-thorax gauche. Matité dans la moitié inférieure du poumon droit. Diminution des vibrations thoraciques, bronchophonie, souffle tubaire, toux peu fréquente, expectoration de quelques crachats rouillés.

12 janvier. T. M. : 38. T. S. : 39,1.

Mêmes signes à la palpation et à l'auscultation. Un peu d'oppression, mais par moments seulement. Peu de toux. Pas d'expectoration. Crachats sans caractère bien net offrant plutôt l'aspect bronchique, parfois légèrement striés de sang.

Une selle dans les 24 heures. Ventre un peu douloureux au niveau de la fosse iliaque droite. Pas de douleurs aux hypocondres. Très légère teinte subictérique de la peau. Langue humide, sommeil bon.

13 janvier. T. M. : 38,3. T. S. : 38,7.

Peu de toux. Expectoration insignifiante. Par moments de l'oppression. Mêmes signes stethoscopiques.

14 janvier. T. M. : 38,2. T. S. : 38,7.

15 janvier. T. M. : 37,8. T. S. : 38,1.

Nuit calme, très peu d'oppression et encore n'apparaît-elle que par moments.

Submatité dans la fosse sus-épineuse. Matité très accentuée dans les deux tiers inférieurs du poumon. Diminution des vibrations thoraciques. Respiration totalement absente à la base du poumon ; le murmure vésiculaire s'entend accompagné d'un léger souffle jusqu'à la partie moyenne de l'omoplate. A partir de ce point, le murmure vésiculaire s'entend avec ses caractères normaux. Langue blanche, étalée, légèrement saburale ; pas de gargouillements ; l'abdomen n'est pas douloureux à la pression.

Sonorité à peu près normale dans la fosse sus-épineuse. Matité très prononcée dans tout le reste de l'étendue du poumon et sur la ligne axillaire.

Vibrations thoraciques nulles dans la moitié inférieure du poumon. Elles sont transmises bien qu'atténuées dans le tiers supérieur.

Le murmure vésiculaire s'entend dans la fosse sus-épineuse et dans une petite étendue de l'espace omo-vertébral et de la fosse sous-épineuse. Dans le reste de l'étendue du poumon, le murmure vésiculaire disparaît peu à peu pour faire place à du souffle.

Peu d'expectoration, peu de toux, excepté quand le malade exécute des mouvements.

18 janvier. T. M. : 37,1. T. S. : 37,6.

Le murmure vésiculaire commence à s'entendre partout, sauf à la base du poumon en arrière

19 janvier. T. M. : 37,3. T. S. : 37,7.

20 janvier. T. M. : 37,7.

Particularités de l'Observation III. — Etat typhoïque très peu net.

Début habituel de la Pneumonie. Expectoration peu abondante de crachats pneumoniques disparaissant deux jours après pour faire place à des crachats présentant l'aspect compact et légèrement striés de sang.

Absence totale du murmure vésiculaire, peu de râles humides, diminution des vibrations thoraciques.

Disparition lente des signes anormaux fournis par l'expectoration et l'auscultation.

Défervescence lente et graduée.

OBSERVATION IV

Dariste, Auguste, mousse à bord de l'*Austerlitz*, âgé de treize ans et demi, entre à l'hôpital le 22 janvier 1888 pour fièvre et point de côté à gauche.

22 janvier. T. M. : 39,8. T. S. : 39,7.

Malade depuis quatre jours. Décubitus latéral droit, facies rouge; céphalalgie intense, langue saburale, rouge sur les bords; ventre ballonné,

douleur à la pression dans la fosse iliaque droite, pas de selles depuis trois jours, insomnie. Vive douleur dans le flanc gauche.

Matité à la base du poumon gauche, absence des vibrations thoraciques dans toute l'étendue du poumon en arrière. Respiration rude au sommet, souffle à la partie inférieure, disparition du murmure vésiculaire. Respiration exagérée à droite, pas de déformation thoracique à gauche, pas de toux, pas d'expectoration.

23 janvier. T. M. : 39,5. T. S. : 39,6.

Céphalalgie, point de côté à gauche. Toux assez fréquente, expectoration peu abondante de crachats jus de pruneaux clair; persistance du souffle dans tout le lobe inférieur gauche.

Une selle dans les 24 heures après administration d'un lavement.

24 janvier. T. M. : 39,8. T. S. : 39,1.

Céphalalgie intense, persistance du point de côté. Sommeil très agité, langue blanche, une selle liquide.

Expectoration toujours peu abondante de crachats jus de pruneaux clair. Mêmes signes stéthoscopiques, en outre quelques frottements à l'extrême base; pas de voussure, bronchophonie aiguë.

25 janvier. T. M. : 39,3. T. S. : 39,2.

Pas de sommeil, céphalalgie moins intense, légère épistaxis dans la nuit, langue saburale; un peu de douleur dans la fosse iliaque droite, pas de taches, une selle liquide. Quelques râles humides très fins à la partie supérieure, un peu plus gros dans la partie inférieure. Souffle tubaire ayant un caractère amphorique très net. Les vibrations thoraciques commencent à se faire sentir, mais à la partie supérieure du poumon seulement.

26 janvier. T. M. : 38,9, T. S. : 39,2.

Toux fréquente, expectoration de crachats bronchiques, épistaxis. Mêmes signes stéthoscopiques.

27 janvier. Défervescence dans la nuit. Matité persistante à gauche; le murmure vésiculaire commence à se faire entendre à la base du poumon gauche. Souffle tubaire, bronchophonie toujours absente à la base, toux fréquente, expectoration presque nulle.

A partir de ce jour, la température reste normale, mais la matité, le

souffle ne disparaissent qu'au fur et à mesure que l'expectoration devient plus abondante.

Particularités de l'Observation IV. — Le malade a présenté au quatrième jour de son entrée à l'hôpital, des signes d'infection typhoïque. On a noté en outre, des lésions du poumon gauche, savoir : matité, diminution des vibrations thoraciques, souffle tubaire, pas de toux, pas d'expectoration, pas de déformation de la paroi thoracique.

Défervescence brusque au neuvième jour de la maladie. Lenteur de disparition des phénomènes anormaux observés.

OBSERVATION V

Le Saux, Charles, quinze ans et demi, mousse à bord de l'*Austerlitz*.

A été déjà en traitement à l'hôpital de la marine pour affections diverses. En novembre 1886, fièvre typhoïde légère. — En juin et juillet 1887, hygroma prérotulien suppuré.

Entre pour la troisième fois à l'hôpital le 12 décembre 1887. T. M. : 40,2. T. S. : 40,1.

Malade depuis deux jours : a commencé à ressentir un point de côté à gauche avec accompagnement de fièvre, a eu deux épistaxis dans la journée d'hier, se plaint toujours d'un point de côté à gauche et de gêne de la respiration.

Submatité dans toute l'étendue du poumon gauche, râles ronflants à la partie supérieure, râles humides très fins à la partie moyenne. Presque pas de toux, expectoration peu abondante, sans caractères particuliers.

13 décembre. T. M. : 39,4. T. S. : 39,7.

14 » T. M. : 38,8. T. S. : 39,4.

15 » T. M. : 38,5. T. S. : 38,9.

Les symptômes sont à peu près les mêmes du côté du poumon. On constate cependant du souffle à l'expiration vers la base du poumon, mais ce souffle est peu accentué. Pas de douleurs abdominales, pas de céphalalgie, pas d'épistaxis.

16 décembre. T. M. : 38,5. T. S. : 38,7.

17 » T. M. : 38,4. T. S. : 38,8.

18 » T. M. : 38,4. T. S. : 38,7.

19 décembre. Pas d'oppression, toux peu fréquente, peu d'expectoration. Matité dans toute l'étendue du poumon gauche, absence de vibrations thoraciques ; on n'entend pas le murmure vésiculaire, qui est remplacé par du souffle à la partie supérieure ; quelques râles crépitants fins après la percussion et dans les grandes inspirations. Bronchophonie légère, pas d'égophonie. Périmètre thoracique d'une égalité complète des deux côtés.

20 décembre. T. M. : 38,1. T. S. : 38,5.

21 » T. M. : 38,4. T. S. : 39,1.

22 » T. M. : 38,5.

23 » T. S. : 39,6.

Pas de déformation thoracique (on prend une seconde fois le périmètre). Matité généralisée dans tout le poumon gauche ; souffle, bronchophonie, voix un peu chevrotante ; très peu d'expectoration, pas d'oppression.

24 décembre. T. M. : 39. T. S. : 38,8.

25 » T. M. : 38. T. S. : 39,3.

26 » T. M. : 38,1. T. S. : 38,8.

27 » T. M. : 38,5. T. S. : 39,5.

L'état général se montre satisfaisant. Le malade tousse un peu davantage et expectore quelques crachats sans grands caractères, un peu visqueux cependant et bronchiques.

Respiration courte ; soufflante dans toute l'étendue du poumon avec timbre cavernuleux à la base, expiration rude sous la clavicule. Pas d'oppression. Voussure précordiale apparaissant très nettement et due à un œdème considérable du tissu cellulaire de la région mammaire ; rien d'anormal à l'auscultation du cœur ; face un peu œdématiée. Les urines ne présentent pas de trace d'albumine.

28 décembre. T. M. : 39. T. S. : 39,4.

29 décembre. En haut, le souffle disparaît mais l'inspiration reste courte, signe de la non-perméabilité du poumon ; persistance du souffle à la partie moyenne et en bas. L'enfant tousse davantage et crache peu ; les crachats sont blanchâtres et visqueux.

30 décembre. T. M. : 38,5. T. S. : 39.

Persistance du souffle à la partie moyenne du poumon gauche ; nombreux râles sibilants, quelques râles humides très fins; toux peu fréquente, expectoration rare.

31 décembre : T. M. : 37,5. T. S. : 37,7.

Toux plus grasse, moins pénible, expectoration facile de crachats muqueux; aucun signe de gêne de la respiration.

1er janvier. T. M. : 37. T. S. : 37,4.

A partir de ce jour, la respiration se rétablit peu à peu, les râles sonores, sibilants et ronflants, les râles muqueux de toute grosseur sont entendus disséminés dans toute l'étendue du poumon. La matité disparaît, les vibrations thoraciques reparaissent de nouveau; tous ces phénomènes s'accentuent lentement mais sûrement. Le retour *ad integrum* s'opère sans alertes, sauf le 13 janvier où la température s'élève le soir à 38,5, sans rien de particulier du côté de l'appareil respiratoire.

Dès le lendemain matin, la température était revenue à la normale et la convalescence continuait son cours sans encombres.

Particularités de l'Observation V. — Quelques symptômes typhoïques, mais légers.

Tout l'intérêt de l'observation se trouve dans la lésion pulmonaire.

Début normal de la Pneumonie (point de côté et fièvre) sans les signes habituels de la Pneumonie fournis par l'exploration de la poitrine. On observe plutôt des symptômes de bronchite capillaire (râles ronflants, râles humides très fins, dyspnée, expectoration bronchique, un peu de submatité).

Au huitième jour, la submatité est devenue de la matité occupant tout le poumon gauche. Abolition des vibrations thoraciques. Pas de différence dans le périmètre thoracique entre les côtés droit et gauche. Infiltration du tissu cellulaire de la région mammaire.

Pas d'albumine dans les urines.

Les cinq observations que nous présentons méritent, nous le croyons, d'être remarquées à un double point de vue :

1. Au point de vue de la difficulté de l'étiologie des lésions pulmonaires que présentaient les malades;

2. Au point de vue de la difficulté même d'interpréter d'une façon précise les signes fournis par l'exploration de l'appareil respiratoire.

I

DIFFICULTÉ DE L'ÉTIOLOGIE

Nous pouvions en effet nous demander : Les lésions pulmonaires que nous observons ont-elles pour cause un simple refroidissement ou bien ne sont-elles que les manifestations d'une infection générale de l'organisme ?

La question était importante, car le traitement devait nécessairement varier avec le diagnostic porté. Car, tandis que la Pneumonie lobaire nettement fibrineuse, s'accompagnant de température élevée est parfois tributaire d'émissions sanguines locales ou même d'une saignée, ce traitement sera rigoureusement banni pour une Pneumonie, manifestation d'un état général infectieux.

Quand on lit les observations magistrales recueillies par Nonat au cours de l'épidémie de grippe qui sévissait à Paris au mois de février 1837, on voit combien inutiles aux malades étaient les saignées qu'il leur pratiquait. Nonat lui-même le reconnaît, puisqu'il dit :

« J'essayai tour à tour les saignées proportionnées à la force des malades et je vis échouer cette médication toutes les fois que la Pneumonie revêtait la forme adynamique ou maligne. J'eus recours dans les mêmes cas aux préparations antimoniales, j'employai l'émétique à haute dose, les révulsifs sans plus de succès. Enfin, le 13 février 1837, j'associai les stimulants soit aux émissions sanguines, soit aux vésicatoires, et j'obtins des résultats qu'aucune des méthodes précédentes ne m'avait donnés. »

Soit dit en passant, que la Pneumonie soit de nature grippale ou typhoïque ; en un mot, toutes les fois que l'abattement, la prostration sont les symptômes les plus alarmants, est-il logique d'aller retirer au malade une certaine quantité de sang ? Empêcherez-vous de cette façon le poison de se reformer, le microbe de repulluler ? Quel sera le seul résultat de la saignée ? Un abaissement momentané de la température bientôt suivi d'un redoublement de prostration, car vous aurez mis l'organisme dans un état de débilité tel qu'il n'aura plus la force de résister au poison qui le tue.

Après cette courte incursion dans le domaine de la thérapeutique, revenons à notre sujet.

La question de l'origine de la maladie est importante, nous venons de dire pourquoi ; mais quels moyens avions-nous pour décider si nous avions réellement affaire à une manifestation d'un état général infectieux ou à une lésion pulmonaire franche ?

Nous avons dit dans l'introduction que la fièvre typhoïde endémique à Brest avait affecté pendant les mois de novembre, décembre et janvier qui viennent de s'écouler, une allure légèrement épidémique tout en conservant un caractère de bénignité que n'offrent généralement pas les réelles épidémies.

Si les malades entrant dans les salles auxquelles nous étions affecté étaient sous l'influence de la constitution médicale régnant, il paraissait logique de penser qu'on retrouverait chez eux les symptômes habituels de la fièvre typhoïde. Et, cependant, nous voyons que toutes ces observations et principalement les observations n^{os} 1, 3, 5, se font remarquer par le peu d'intensité des symptômes typhoïques. A peine avons-nous noté de la céphalalgie plus ou moins intense, de rares épistaxis, une langue saburale, quelques rares gargouillements dans la fosse iliaque droite, jamais de taches rosées.

Mais si dans ces trois observations les symptômes abdominaux ont été peu de chose, cela peut-il nous suffire pour rejeter toute idée d'influence de la constitution médicale régnant ? Nous ne le pensons pas.

C'est, en effet, à notre avis une grave faute de ne vouloir admettre l'état typhoïque qu'avec son cortège habituel de localisations abdominales d'éruption, etc., et, à ce sujet, nous estimons que l'expression de Dothienenterie comme synonyme de fièvre typhoïde est tout au moins impropre.

Le principe générateur de la fièvre typhoïde, que ce principe soit microbe ou miasme, une fois absorbé par l'organisme se fixe partout où il trouve un milieu favorable à son développement, partout où il peut faire naître ce milieu favorable et son lieu d'élection est le point de moindre résistance de l'organisme.

Chez des sujets déjà affaiblis, les localisations peuvent être multiples, c'est ce qui explique la fréquence des Pneumonies, des Broncho-Pneumonies, des pleurésies, des péricardites dans le cours de la fièvre typhoïde. Mais si ces localisations multiples s'expliquent aisément, il n'est pas étrange non plus que chez des sujets robustes la localisation soit unique.

Mais alors comment déterminer la nature infectieuse des lésions pulmonaires que nous avons observées ?

La marche de la température nous paraît être un guide infidèle. Nous avons, en effet, antérieurement à ce travail observé plusieurs fois des cas de Pneumonies dont la production était manifestement et sans conteste sous l'influence d'un état typhoïque et nous avons fréquemment vu la Pneumonie évoluer au point de vue de la marche de la température comme une Pneumonie lobaire franche.

Dans la thèse de Demmler, on peut voir relatées un certain nombre d'observations semblables.

On peut également remarquer dans notre thèse que sur 5 observations, 3 fois la défervescence a été brusque et s'est manifestée au temps généralement fixé pour la défervescence de la Pneumonie.

Il n'y a que dans les observations 3 et 5 où nous voyons la température persister à un degré élevé pendant un temps fort long. Dans l'observation 3 toutefois, la défervescence se fait au vingtième jour et la marche de la température est bien celle d'une fièvre typhoïde à la fin de la période d'état et pendant la troisième période.

C'est plutôt par la symptomatologie anormale, l'allure bizarre de la lésion pulmonaire que le caractère infectieux de la maladie peut être porté.

Dans toutes les observations que nous avons citées, le diagnostic était hésitant entre une Pneumonie lobaire et une Broncho-pneumonie condensée. Nous nous sommes arrêtés à cette dernière interprétation.

Or, la Broncho-pneumonie n'est-elle pas la lésion pulmonaire accompagnant le plus fréquemment les états infectieux? Nous la retrouvons, en effet, excessivement fréquente dans toutes les constitutions médicales typhoïques épidémiques ou saisonnières et son apparition est peut-être l'un des plus sérieux dangers dans le cours de la fièvre typhoïde, parce que l'état de faiblesse et de prostration du malade est tel qu'il ne peut réagir contre l'obstruction bronchique par des efforts d'expectoration réitérés. Nous la retrouvons encore comme grave complication dans certaines épidémies de grippe. Nonat l'a observée dans un grand nombre de cas et il nous a été donné à nous-mêmes d'en voir des exemples au cours de l'épidémie de grippe qui sévissait à Brest en 1882-1883.

Ainsi donc : Symptômes abdominaux assez peu prononcés,

léger état d'abattement et de prostration, mais surtout lésions pulmonaires affectant l'aspect de Broncho-pneumonie, à forme anormale ; telles sont les raisons qui nous ont paru militer en faveur de l'opinion tendant à admettre chez ces malades l'influence de la constitution médicale régnant.

II

DIFFICULTÉ D'INTERPRÉTER LES SIGNES FOURNIS PAR L'EXPLORATION DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

Nous avons vu que, pour les observations qui précèdent, et principalement pour deux d'entre elles, il était difficile de reconnaître si on se trouvait en présence d'un état infectieux à manifestation thoracique, ou bien si la lésion pulmonaire observée était franche.

Nous avons admis que pour résoudre la question, le médecin devait faire entrer en ligne de compte, et pour une grande part, la nature même de la lésion pulmonaire.

Mais si l'étiologie de la maladie était difficile à discerner, l'interprétation des symptômes fournis par l'examen de l'appareil respiratoire n'était non plus rien moins que facile à faire.

En effet, dans les trois premières observations, le diagnostic pouvait être hésitant, car l'ensemble des symptômes offerts par ces malades permettait de considérer la lésion comme une espèce morbide distincte, tenant le milieu entre la Pneumonie lobaire et la broncho-pneumonie.

On ne saurait toutefois en faire un terme moyen entre la pneumonie lobaire nettement fibrineuse et la broncho-pneumonie franche, mais bien la considérer comme une lésion bâtarde tenant le milieu entre les pneumonies à exsudat très peu abondant, en quelque sorte aplastiques, et les broncho-pneumonies anormales qui au lieu de présenter des îlots d'inflammation disséminés dans les deux poumons, présentent l'aspect de broncho-pneumonies pseudo-lobaires par suite de

la condensation des lésions dans un même poumon ou dans le même lobe d'un poumon. Ces lésions mixtes rappellent par un certain nombre de signes la pneumonie lobaire franche.

Si nous nous reportons en effet aux symptômes consignés dans l'observation n° 1, nous voyons que le malade a présenté un point de côté à gauche, de la matité en arrière et à la base, du souffle tubaire, de la diminution des vibrations thoraciques, un peu de toux, de l'expectoration de crachats gommeux, rouillés, parfois nettement bronchiques mais très peu abondants. Quelques râles humides fins à droite. Enfin la défervescence a été brusque.

Parmi ces symptômes, il en est un certain nombre qui plaident en faveur de la Pneumonie, tels sont : la matité, le souffle, l'expectoration rouillée, la défervescence brusque.

Dirons-nous cependant que nous avons eu affaire à une Pneumonie lobaire? Non, car à côté de ces symptômes, il en est d'autres qui sont plutôt du domaine de la Broncho-Pneumonie. Tels sont :

L'oppression, signe que le champ de l'hématose est singulièment rétréci, ce qui ne se voit qu'autant que les bronches elles-mêmes sont le siège d'une obstruction.

La rareté de l'expectoration de crachats de moins en moins teintés, parfois même nettement bronchiques.

Enfin, un symptôme que nous jugeons d'une grande valeur dans le diagnostic de la Broncho-Pneumonie, c'est la diminution des vibrations thoraciques correspondant à une matité généralement accentuée sans qu'aucun signe de pleurésie puisse être observé.

Voici, à notre avis, une interprétation possible du phénomène.

A l'état normal, le mécanisme de la transmission du son par les parois thoraciques est le suivant :

Les cordes vocales entrent en vibrations. Ces vibrations sont transmises aux divers lobes par l'intermédiaire de la colonne d'air s'étendant du larynx à ces lobes dans les canaux bronchiques. Ces canaux, le parenchyme pulmonaire environnant, les parois thoraciques entrent à leur tour en vibrations qui sont perçues par la main appliquée sur la paroi thoracique.

Mais je suppose qu'un lobe du poumon soit hépatisé et que les tuyaux bronchiques participent à l'inflammation. Si une bronche d'un calibre assez considérable vient à être obstruée par un bouchon muqueux, la colonne d'air située au-dessus de ce bouchon pourra entrer en vibration, mais la colonne d'air située au-dessous restera immobile, et, par suite, le parenchyme pulmonaire environnant, d'où diminution et parfois même abolition des vibrations thoraciques.

Ce symptôme que nous retrouverons dans les autres observations devait être interprété dès maintenant.

Nous faisons, de la diminution ou de l'abolition des vibrations thoraciques en dehors de tout épanchement pleurétique, un signe certain d'obstruction bronchique.

Enfin, on voit que pour cette observation le diagnostic pouvait et devait être hésitant, car, en réalité, nous n'avons eu affaire ni à une Pneumonie franche ni à une broncho-pneumonie, mais à une lésion intermédiaire à ces deux maladies, participant de l'une et de l'autre.

L'observation n° 2 paraît tenir plus de la Broncho-Pneumonie que de la Pneumonie. Nous avons eu, en effet, absence à peu près complète de matité, nous avons eu de la dyspnée, de la dissémination des râles sous-crépitants dans toute l'étendue du poumon gauche mais se faisant aussi entendre à droite.

Mais à côté de ces signes, nous en avons eu d'autres tirés des caractères de l'expectoration qui rendaient le diagnoslic incertain.

C'est, en effet, qu'au lieu de présenter soit l'aspect mousseux, soit l'aspect compact avec stries de sang que présentent ordinairement les crachats de la broncho-pneumonie, chez notre malade l'expectoration rappelait très vivement l'aspect des crachats de la Pneumonie lobaire; visqueux, gommant le linge, très fortement teintés en jaune rougeâtre, tels étaient leurs caractères.

Enfin la marche de la température est bien celle d'une Pneumonie. La défervescence a été brusque et s'est produite au huitième jour de la maladie.

Nous venons de voir dans ces deux premières observations deux lésions pulmonaires pour lesquelles le diagnostic ne pouvait être hésitant qu'entre une Pneumonie lobaire et une Broncho-Pneumonie condensée.

Nous allons voir maintenant deux autres observations servant pour ainsi dire d'intermédiaire entre celles-là et la dernière qui est un exemple frappant de Pneumonie paradoxale analogue aux cas de Spleno-pneumonie cités par M. le professeur Grancher, dans le numéro de l'*Union Médicale* de décembre 1883.

Que faut-il, en effet, pour passer des cas de Pneumonie que nous avons étudiés à la Pneumonie paradoxale. Peu de chose.

Qu'est-ce qui caractérise la Pneumonie paradoxale? La matité, la diminution des vibrations thoraciques, l'absence de tout bruit respiratoire sans que la mensuration du périmètre thoracique, ni la ponction exploratrice donne la certitude de la présence d'un épanchement pleurétique.

Dans les observations 3 et 4, sur lesquelles nous n'insisterons pas beaucoup pour le moment, nous voyons l'expectoration devenir encore plus rare que dans les deux premiers cas, la matité s'accentue ainsi que la diminution des vibrations

thoraciques, symptômes qui tous arrivent à leur maximum d'intensité dans l'observation 5.

Nous avons dans cette observation, devant les yeux, des signes évidents de Pneumonie paradoxale.

Dans beaucoup de cas, l'explication de ces Pneumonies paradoxales est pour ainsi dire impossible à faire.

Weill, dans la *Revue de Médecine* de décembre 1887, cite un cas de Pneumonie paradoxale dans lequel une partie des symptômes observés trouvèrent leur explication dans l'existence d'une coque épaisse entourant le poumon et constituée par des fausses membranes pleurales d'origine déjà ancienne.

Nous pensons que, dans certains cas, et en particulier dans celui qui nous occupe, l'explication des signes de pleurésie présentés par le malade, sans l'existence d'un épanchement pleural, est facile quand on peut retrouver par l'interrogation et l'examen du malade des signes de broncho-pneumonie primitive.

Nous avons donné, d'après nous, l'explication de la diminution des vibrations thoraciques, nous n'y reviendrons pas.

L'absence de murmure vésiculaire s'explique comme pour la Pneumonie habituelle.

Quant à l'absence d'expectoration, elle résulte alors de l'épaisseur et de l'adhérence aux parois des bronches, des mucosités.

En résumé, pour nous, dans certains cas la Pneumonie paradoxale peut être produite par l'extension de la bronchite capillaire aux acinies pulmonaires, pourvu que l'obstruction bronchique soit suffisante pour interdire l'accès de l'air dans les acimés pulmonaires.

Il me semble que les observations, n° 3 et n° 5 peuvent servir de preuve à ce que nous avançons.

Dans la première de ces observations nous avons en effet

noté l'apparition des crachats Pneumoniques au cinquième jour seulement de la maladie (d'après le malade) ; nous voyons peu à peu les crachats de la Pneumonie faire place à des crachats compacts striés de sang, et le malade présenter un certain nombre de symptômes de Pneumonie paradoxale (diminution des vibrations thoraciques, matité, sans voussure thoracique).

L'explication nous paraît être la suivante :

La maladie a du débuter par de l'inflammation peu intense des petites bronches ; peu à peu l'inflammation s'est propagée aux acinies pulmonaires, d'où expectoration de crachats Pneumoniques.

Peu à peu l'inflammation des bronches s'est accrue en étendue et en intensité. Nous avons eu alors obstruction des bronches; l'expectoration pneumonique a cessé et nous avons eu de la diminution des vibrations thoraciques et une expectoration peu abondante de crachats épais.

Si nous sommes réduits à l'hypothèse sur l'origine de la maladie pour l'observation n° 3, nous avons la certitude pour l'observation n° 5. Ici, début net par de la bronchite capillaire, presque pas d'expectoration par la suite et symptômes d'épanchement pleurétique, sans que le périmètre thoracique dénote la moindre différence entre les deux côtés de la poitrine. Et, pourtant, si la matité avait été produite par un épanchement, il eût certes fallu que cet épanchement fût bien abondant, et dès lors de la voussure thoracique se serait manifestée.

Le malade a, en outre, présenté un symptôme curieux : de l'œdème de la région thoracique correspondant à la lésion pulmonaire, par infiltration cellulaire. Pas trace d'albumine dans les urines. Rien au cœur.

Nous admettons l'explication suivante du phénomène :

La physiologie nous apprend que les mouvements d'extension et de contraction pulmonaire entrent pour la plus grande part dans la circulation veineuse pulmonaire.

Or, le poumon gauche du malade formait un bloc compact incapable de se laisser distendre ni de se contracter. Dès lors, il y a stase veineuse dans le poumon. Qu'y a-t-il d'étonnant, par suite des anastomoses, à voir cette stase veineuse retentir sur la paroi thoracique et se manifester par de l'infiltration du tissu cellulaire ?

Nous croyons cette explication du phénomène admissible.

Nous avons présenté dans cette étude 5 observations publiées *in extenso* et cherché à démontrer combien grande pouvait être dans certains cas la difficulté de décider de la cause de la maladie et de la nature même de celle-ci.

Mais ce que nous avons surtout voulu démontrer, ce sur quoi nous nous sommes principalement appesanti c'est sur le fait que toutes les lésions pulmonaires relatées, lésions tenant pour ainsi dire le milieu entre la Pneumonie lobaire et la Broncho-pneumonie condensée pouvaient être considérées comme le point de départ de Pneumonies paradoxales.

Nous n'entendons pas dire par là qu'il en est toujours ainsi et que c'est dans tous les cas par de la Broncho-pneumonie condensée que commence la Pneumonie paradoxale. Nous aurions même tort de le dire (car il y a des cas où cette affection a débuté d'une façon toute autre). Mais nous dirons ceci :

Chaque fois que vous aurez devant les yeux les signes d'une Pneumonie paradoxale, chez un malade qui se présente à vous un certain nombre de jours après le début de sa maladie, cherchez avec soin dans le mode d'invasion et dans l'allure qu'a présentée la maladie et peut-être pourrez-vous découvrir des signes de Broncho-pneumonie.

Quand à l'évolution même de la Broncho-pneumonie vers la Pneumonie paradoxale nous avons cherché à en donner une explication.

Notre explication n'est qu'une simple hypothèse, la suite des temps nous apprendra si elle a quelque justesse ou nous démontrera son inexactitude.

Vu : *Le Doyen,*
A. PITRES

Vu, bon a imprimer :
Le Président de la thèse,
Dr A. BOUCHARD.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 7 février 1888.
Le Recteur,
H. OUVRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Nonat. — Observations de Pneumonie au cours d'une épidémie de grippes. *Archives générales de Médecine*, mai 1834.

Granchier. — Spleno-Pneumonie. *Union médicale*, décembre 1883.

Weill. — Pneumonie paradoxale. *Revue de Médecine*, décembre 1887.

Lépine. — Article Pneumonie du *Dictionnaire de Médecine pratique*.

12,174. — Bordeaux, Ve Cadoret, impr., 17, rue Montméjan.